

Child's Name: _____
Child's SSN: _____

Case Number: _____
DOB: _____

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Relative or Non-Relative Extended Family Member Caregiver Assessment

If any statements below are answered No, the caregiver cannot be approved. The worker should assess whether the provision of reasonable assistance or additional services to the caregiver would enable the caregiver to properly respond to the child(ren)'s needs and the child(ren)'s health and safety. If the worker later reassesses the caregiver and determines that conditions supporting the No answer have changed sufficiently to answer Yes, approval may be given at that time.

Responses to the following statements have been assessed by the undersigned.

1. The caregiver has been provided a summary of State home approval regulations and is capable, having sufficient physical and mental health, to meet these requirements for the care and supervision appropriate to the type of child(ren) to be served. [89317]
☐ Yes ☐ No

Comments:

2. The caregiver is aware of the child(ren)'s immediate medical, psychological, and educational needs and is able to respond to those needs. [89378]
☐ Yes ☐ No

Comments:

3. The caregiver understands State child abuse and neglect laws and agrees to report any circumstances indicating the child(ren) has been abused or neglected [§89361].
☐ Yes ☐ No

Comments:

4. The caregiver can provide the children opportunities for and encouragement in participation in group sports, leisure time, family, school and daily living activities [89379(a)].
☐ Yes ☐ No

Comments:

Child's Name: _____
Child's SSN: _____

Case Number: _____
DOB: _____

5. The caregiver is able to care for the child(ren) in a healthy and safe way [§89378].
☐ Yes ☐ No

Comments:

6. The caregiver will ensure that only positive discipline practices which promote the health and well being of the child(ren) are used in the home, and will not use nor allow any form of discipline that violates the child's personal rights [§89372].
☐ Yes ☐ No

Comments:

7. The caregiver understands and agrees to maintain the child's records, including the placement agreement, health and educational records and written consent for medical/dental treatment [§89370].
☐ Yes ☐ No

Comments:

8. The caregiver agrees to report all changes in household composition, or change in the residence or mailing address, or absence of the caregiver from the home of more than 48 hours [§89370].
☐ Yes ☐ No

Comments:

9. The caregiver agrees to post emergency telephone numbers, discuss emergency situations with children and practice emergency procedures every 6 months [§89323].
☐ Yes ☐ No

Comments:

10. The caregiver agrees to report any accidents, injuries or incidents that threaten to harm the physical or emotional health or safety of the child [§89361].
☐ Yes ☐ No

Child's Name: _____
Child's SSN: _____

Case Number: _____
DOB: _____

Comments:

11. The caregiver has been provided with a copy of the child's personal rights and understands them and agrees to ensure that all members of the household will abide by them [§89372].

☐ Yes ☐ No

Comments:

12. The caregiver agrees to ensure direct care and supervision is provided to meet the child's needs during participation in those activities that are sponsored by third parties [§89379(b)].

☐ Yes ☐ No

Comments:

13. The caregiver will provide at least three nutritious meals daily to meet the child's dietary needs. [§89376].

☐ Yes ☐ No

Comments:

14. The caregiver will ensure all transportation for children is provided in vehicles in safe operating condition, by a driver complying with all applicable laws [§89374].

☐ Yes ☐ No

Comments:

Child's Name: _____
Child's SSN: _____

Case Number: _____
DOB: _____

Assessment Summary:

The relative/non-relative extended family member has the ability and capacity to provide care and supervision to meet the child's/children's needs.

☐ Yes ☐ No

Signature of County CWS or Probation Worker
Date

Phone Number

Child's Name: _____
Child's SSN: _____

Case Number: _____
DOB: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ И ДОГОВОР ПОПЕЧИТЕЛЯ-РОДСТВЕННИКА ИЛИ ЧЛЕНА СЕМЬИ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ РОДСТВЕННИКОМ (NREFM)

Я/Мы заявляю(ем), что:

1. Мне/нам предоставили обобщение правил штата в отношении утверждения и деятельности дома временного воспитания детей и я согласен их выполнять _____(инициалы попечителя)
2. Я/мы согласен/ы сотрудничать с округом в соблюдении стандартов лиц/организаций, предоставляющих услуги.
_____ (инициалы попечителя)
3. Мне/нам предоставили копию персональных прав ребенка, я понял их и согласен обеспечивать их выполнение всеми членами семьи.
_____ (инициалы попечителя)
4. Я/мы согласен/ы оказывать особые услуги для любого ребенка, за которым мы присматриваем, включая, но не ограничиваясь:
 - Предоставлять все услуги, указанные в плане потребностей и услуг ребенка (Needs and Services Plan) и, если требуется, в переходном плане независимого проживания (Transitional Independent Living Plan) (§89378(b) и §89387.2).
_____ (инициалы попечителя)
 - Если ребенок является несовершеннолетним родителем, предоставлять непосредственный присмотр и наблюдение за ребенком несовершеннолетнего родителя, когда он/а находится в школе или по другой причине не может присматривать за своим ребенком (§89378). _____ (инициалы попечителя)
 - Если ребенок является инвалидом, обеспечить необходимые специфические условия, для защиты и помощи ребенку и предоставить ребенку максимальную возможность для самообслуживания (§89387). _____ (инициалы попечителя)
 - Если ребенок в возрасте до 10 лет или у него задержка в развитии, он душевнобольной или нуждается в особом присмотре или наблюдении, любые бассейны или открытые водоемы будут огорожены, как требуется параграфом §89387(d).
_____ (инициалы попечителя)

Я/мы не делал и не буду делать никаких ложных или вводящих в заблуждение заявлений, связанных с заявлением на утверждение, включая информацию о предоставляющем услуги, членах семьи, доме семьи или о любых услугах, которые должны быть предоставлены в доме.

Подпись лица, предоставляющего услуги

Дата

Имя, фамилия лица, предоставляющего услуги (Пишите печатными буквами)

Подпись лица, предоставляющего услуги

Дата

Имя, фамилия лица, предоставляющего услуги (Пишите печатными буквами)